

Medische zorg toegediend door de arts in verband met toxicomanie: risico's, gevolgen en mogelijke oplossingen

J. COLIN^{1, 6}, N. VAN GELDER², P. CRAS³, M. DE HERT⁴, F. VANDER LAENEN⁵

Samenvatting

De aansprakelijkheid van de arts, de voorschrijver of de behandelaar van patiënten onder verslaving-verwekkende producten staat vandaag duidelijk onder druk. Hij wordt meer en meer aangesproken in verband met zijn verantwoordelijkheid ten gevolge van een therapiegeïnduceerde morbiditeit of mortaliteit. Hierdoor zal een arts zich mogelijk moeten verantwoorden naar aanleiding van een eventuele klacht.

Dit artikel gaat na welke knelpunten deze verzorging omvat op medico-legaal vlak, naast de mogelijke oplossingen die eHealth-tools kunnen bieden om de zorg optimaal te laten verlopen met een betere bescherming van de behandelende arts.

Inleiding

Een van de uitdagingen in de huidige maatschappelijke context is de zorg bij uiterst complexe pathologieën met talrijke comorbiditeiten aangezien de artsen buiten de georganiseerde verslavingszorgcentra (o.a. spoedartsen, huisartsen tijdens wachtdiensten, privépraktijken, enz.) onvoldoende achtergrondinformatie bezitten, de kennis van de reeds gebruikte medicatie en/of andere toegediende therapieën ontbreekt en ze geen (of een te weinig) ondersteunend team ter beschikking hebben. Een voorbeeld hiervan is de zorg voor patiënten met een langdurige verslavingsproblematiek. Deze kunnen zich op elk ogenblik aanbieden bij een ongekende beroepsbeoefenaar (bv. op een wachtdienst) en naast hun aanmeldingsklacht de noodzakelijke informatie rondom gebruikte middelen (psychoactieve medicatie, illegale middelen, ethylabusus, enz.) verzwijgen.

Hoe zit het met de aansprakelijkheid van de arts in deze situatie?

Dit onderwerp is gekozen voor een thesis in de opleiding postgraduaat gezondheidsrecht en ethiek aan de Universiteit Antwerpen, academiejaar 2016-2017 (hoofddocent: prof. Vansweevelt) aangezien het geen eenvoudig en goed afgegrensd thema is en maatschappelijk heel wat discussies uitlokt.

De zorgverstrekkers kunnen met de volgende stellingen in deze thesis aan de slag:

- Met een goede organisatie en een ethisch onderbouwd zorgtraject zal de arts zijn identiteit én deze van de patiënt terugvinden, met een meer doeltreffende zorgverlening als gevolg.
- De sleutel van dit succes ligt in de communicatie: zowel tussen de zorgverstrekkers en de patiënt als tussen alle zorgverstrekkers onderling, waarbij digitalisatie en eHealth-tools kunnen helpen.

Definitie van toxicomanie of verslaving

Beide termen omvatten dezelfde betekenis en worden ook door officiële instanties gebruikt voor uniforme doelstellingen en opdrachten (Orde der artsen, Provinciale Geneeskundige Commissies) (<https://ordomedic.be/nl/adviezen/advies/toxicomanie-1>). Doorheen dit

¹ Huisarts, Wilrijk.

² Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten.

³ Dienst neurologie, Universitair Ziekenhuis Antwerpen.

⁴ Universitair Psychiatrisch Centrum, KU Leuven.

⁵ Vakgroep criminologie, strafrecht en sociaal recht, Universiteit Gent.

⁶ Correspondentieadres: dr. J. Colin, De Bruynlaan 70, 2610 Antwerpen.

artikel zullen de twee begrippen door elkaar gebruikt worden (1, 2).

De term „verslaving” wordt hier gedefinieerd als een dwangmatige fysieke en psychische drang om een of meerdere middelen te gebruiken, ongeacht de schadelijke gevolgen ervan (zie ook in verband met de DSM-V-criteria (vijfde editie van de „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”): <https://www.desleutel.be/verslaving/benikverslaafd/definities> en <http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/56-2014-3-artikel-vandenbrink.pdf>) (3).

In dezelfde „Belgische Aanbeveling van januari 2009” leest men het volgende: *„Niet alleen grote gebruikers van geneesmiddelen kunnen verslaafd geraken. Zo toonde een Duits onderzoek aan dat zelfs de gebruikers van benzodiazepines in lage dosis ook een vorm van geneesmiddelenafhankelijkheid vertonen. Deze problematiek gaat België erg aan omwille van het aanzienlijke gebruik van bepaalde geneesmiddelenklassen zoals benzodiazepines en analgetica (...).”* Verslaving heeft dus niet steeds te maken met de hoeveelheid van middelengebruik, noch met de aard ervan.

De thesis zelf vertrekt vanuit geregistreerde praktijkgerichte casuïstiek die leidt tot ernstige morbiditeit en overlijdens ten gevolge van een specifieke psychiatrische verslavingsproblematiek. Hieruit volgden de hieronder vermelde besluitvormingen.

Eerste opmerking

Zorgverstrekkers missen, niet alleen in de „out of hours”-wachtdiensten, belangrijke medische informatie in de vorm van „summarized electronic health records” (sumehr’s), die kwalitatief up-to-date zijn en beslissend kunnen zijn om een correcte medische zorg te verstrekken. Er zijn duidelijk nog steeds tekortkomingen in het uitwisselen van zorggegevens, ondanks de inspanningen die het eHealth-platform al jaren levert (<http://www.vitalink.be/beknopte-medische-dossiers-delen-sumehr> en <http://vlaamspatientenplatform.be/themas/ehealth>) (4). Vormen de geïnformeerde toestemming („informed consent”) en de therapeutische relatie, nodig opdat een sumehr ter beschikking zou staan, een rem op deze vooruitgang (5)? Hoe kan dit geïnterpreteerd worden en kan men de zorgverstrekkers beter informeren om voorzichtig en kritisch te blijven bij het voorschrijven van psychoactieve medicatie, zeker bij mensen met een patroon van problematisch gebruik?

Tweede opmerking

Naast een correcte en kwalitatieve opvang van deze patiëntenpopulatie in de „out of hours”-momenten is het even belangrijk om een verslaggeving te versturen én de patiënten terug door te verwijzen naar hun gebruikelijke zorgverstrekker(s) binnen de kantooruren. Door gebruik te maken van de eHealthBox van deze laatste, kan men de (iatrogene) overconsumptie trachten op te vangen.

Derde opmerking

Een triageprotocol, gebruikt bij alle patiënten, verzekert een vorm van neutraliteit waarbij de zorgverstrekker zijn (ongewilde) vooringenomenheid beter kan opvangen (6). Hebben de triagisten bij de spoeddiensten of de huisartsenwachtposten een complementair voordeel in deze context? Zullen deze triagisten de sumehr’s kunnen opvragen en beschikbaar maken voor hun spoed- of wachtartsen?

Op deze wijze kan men het beroepsgeheim waarborgen en zijn extra maatregelen (zoals het opstellen van zwarte lijsten) niet meer nodig. Wel maken de zorgverstrekkers (zeker in de eerste lijn: huisartsen, apothekers, enz.) op dit moment de nodige inhaalbeweging opdat de uitwisseling van medische informatie beter verloopt door het wegwerken van de gekende initiële technische ICT-problemen in gans de startfase van het eHealth-project. Het eGezondheidsplan wordt stelselmatig een echte realiteit. Van de zorgverstrekkers wordt verwacht dat de gekende aanhoudende technische problemen op het gebied van eHealth-tools proportioneel verwerkt zullen worden tot werkbare oplossingen. Enkele voorbeelden illustreren concreet deze stelling: de elektronische raadpleging en aanvraag van de goedkeuringen voor terugbetaling van hoofdstuk IV, de problemen rondom het elektronische voorschrift Recip-e, het opzoeken van specifieke verslagen via de hubs (systemen voor het elektronisch uitwisselen van gezondheidsgegevens), de integratie van het gedeelde farmaceutische dossier van de apothekers, de beveiligde toegang tot Vitalink en de eHealthBox gebruiksvriendelijker ontwikkelen.

Sociaal-maatschappelijke kosten van toxicomanie in België

Voor het eerst zijn de sociale kosten van het gebruik van illegale middelen, alcohol, psychoactieve medicatie

en tabak in Vlaanderen op één jaar, namelijk 2012, in kaart gebracht door Lievens et al. (<https://biblio.ugent.be/person/801001127883>) (7). De resultaten zijn alarmerend. De onderzoekers maken een onderscheid tussen directe, indirecte en ontastbare kosten en stellen dat de directe en de indirecte kosten oplopen tot 4,63 miljard euro per jaar, d.w.z. 1,19% van het bruto binnenlands product (BBP), dit is 419 euro per inwoner per jaar (tabel 1).

De volgende kosten zijn direct verbonden aan gebruik:

- De organisatie van alcohol- en drugpreventie.
- De gezondheidszorg: de kosten verbonden aan de behandeling door huisartsen en specialisten, therapeutische gemeenschappen, ziekenhuizen, ambulante centra (centrum voor geestelijke gezondheidszorg (CGG)), enz. van mensen die lijden aan gezondheidsproblemen als gevolg van overmatig gebruik.
- Justitie: de kosten van rechtsbedeling (opsporing, vervolging, berechting en uitvoering in gevangenis) van diverse gebruikersgerelateerde misdrijven (productie, dealen, bezit, gebruik van illegale middelen, inbreuken op de alcohol- en tabakswetgeving, diefstal in functie van gebruik) (http://www.dsb-spc.be/web/index.php?option=com_content&task=view&id=64&Itemid=74#_ftn2) (8).
- De kosten die rechtstreeks verband houden met druggerelateerde verkeersongevallen (hospitalisaties, ademtesten in het verkeer, enz.).

Indirecte kosten betreffen vooral het economische productiviteitsverlies door ziekte, vroegtijdig overlijden en detentie door overmatig gebruik.

Bij ontastbare kosten gaat het dan over niet-financiële kosten die individuele mensen dragen als gevolg van pijn en lijden (het verlies aan levenskwaliteit).

In België spendeert de overheid (de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu,

het RIZIV en de Gemeenschappen) een kleine 2 miljard euro aan de directe kosten van het gebruik van (il)legale verslavende middelen. Justitie geeft 0,78 miljard euro uit. Het totaal aan indirecte kosten is eveneens hoog, met 1,764 miljard euro aan niet-geïnde inkomsten (9).

Hoe groot is het probleem in de dagelijkse praktijk?

Een recent artikel in de „Folia Pharmacotherapeutica” van september 2016 beschrijft alarmerende concrete cijfers omtrent de logaritmische stijging van het aantal voorschriften van morfinomimetica in de dagelijkse praktijk en dit voor indicaties buiten de palliatieve setting (10). Er is onvoldoende wetenschappelijk bewijs dat langdurig gebruik van deze middelen de controle van niet-kankerpijnen verbetert. Er is een parallelle stijging van het aantal overlijdens en hospitalisaties ten gevolge van misbruik ervan: 9 overlijdens per 100.000 inwoners ten gevolge van opioïdenoverdosis in de VS (± 1.000 overlijdens per jaar in België gelet op de toenemende evidentie dat de cijfers van de VS geëxtrapoleerd kunnen worden) (11). Zich hierop baserend schat men dat er in België op zijn minst 412 overlijdens per jaar zijn door het gebruik van voorgeschreven morfinomimetische analgetica (voorschriftplichtig) en dit ingevolge het toenemende gebruik van opioïden buiten de palliatieve setting (artrosepijn, neuropathische pijnen, lage rugpijn, enz.) (12). Deze berekening zelf zal waarschijnlijk sterk onderschat zijn. Om een vergelijking te maken: er waren in België 724 verkeersdoden in 2013.

De term „toxicomanie” in de thesis beperkte zich dus niet enkel tot wat men pejoratief in de volksmond „junkies” van illegale middelen noemt, maar omvat ook de patiënten met langdurig en dagelijks gebruik van

TABEL 1

*Het gebruik van illegale middelen, alcohol, psychoactieve medicatie en tabak in Vlaanderen.
Directe en indirecte kosten uitgedrukt in miljoenen euro en in % voor het jaar 2012.*

	Criminaliteit	Verkeer	Gezondheid	Totaal	
Directe kosten	€ 783	€ 104	€ 1.976	€ 2.863	61,86%
%	27,35%	3,63%	69,02%	100%	
Indirecte kosten	€ 81	€ 177	€ 1.506	€ 1.764	38,12%
%	4,59%	10,03%	85,37%	100%	
Totaal	€ 864	€ 281	€ 3.483	€ 4.628	100%
%	18,67%	6,07%	75,25%	100%	

opioïden, tranquilizers of andere gekende verslavende substanties die ze op voorschrift verkrijgen. Ook is het van belang om rekening te houden met het feit dat veel patiënten verschillende soorten medicatie (polymedicatie) toegediend krijgen, waardoor er ook een hoger risico op neveneffecten ontstaat. Tot deze laatste behoren ook bepaalde categorieën van hoogbejaarden. Hun hoge valrisicoprofiel, met als gevolg een hogere morbiditeit en mortaliteit, is goed gekend.

Het gecombineerde gebruik van verdovende of andere psychotrope stoffen met alcoholische dranken heeft een cumulatief negatief effect waarbij het risico verhoogt om te overlijden en/of frequenter opgenomen te worden via een spoedgevallendienst door dit misbruik.

Wetgeving-rechtspraak-rechtsleer

De eerste belangrijke wetgeving betreffende het gebruik en het verhandelen van geneesmiddelen (o.a. verdovende middelen, slaapmiddelen of andere psychotrope stoffen) vindt men in het verre verleden (31 mei 1885) (13).

Hieronder wordt er een lijst weergegeven van wet- en regelgevingen die rechtstreeks dit onderwerp aanbelangen en selectief besproken zijn in de thesis.

De federale wetgeving is vervat in de volgende publicaties van het Belgisch Staatsblad: het KB van 31 mei 1885 (ziekenhuisapothekers) en het KB van 21 januari 2009 (officina-apothekers), de „Drugwet” van 24 februari 1921, het KB van 19 maart 2004 (dit KB omvat o.a. de werking van verslavingscentra en vervangingsmiddelen), het KB van 6 september 2017 houdende de regeling van verdovende middelen en psychotrope stoffen (art. 64, § 1: het KB van 31 december 1930, het KB van 22 januari 1998 en het KB van 26 april 1989 worden opgeheven) en de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen (zie ook https://www.fagg-afmps.be/nl/news/verbeterd_wettelijk_kader_voor_verdovende_middelen_en_psychotrope_stoffen) (14, 15).

Daarnaast zijn de volgende regelgevingen belangrijk in heel deze discussie: het advies van de Hoge Gezondheidsraad en de Consensusconferentie rond de substitutietherapie van 1994, de code, adviezen en rechtspraak van de tuchtrechtbank (Orde der arts), de rechtspraak vanuit de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV (DGEC), de Drugbehandelingskamer (DBK), de Europese verordening „General Data Protection Regulation” (GDPR) (Regulation (EU) 2016/679) van 27 april 2016, die van kracht

zal zijn op 25 mei 2018 en het Vlaamse decreet van 25 april 2014 betreffende de organisatie van het netwerk voor de gegevensdeling tussen de actoren in de zorg, BS van 20 augustus 2014 (16).

De implementatie van de diverse wetgevingen en regelgeving in het Belgische landschap geeft toch voldoende ruimte om maximale communicatie en samenwerking tussen de verschillende actoren die mensen met een verslavingsproblematiek begeleiden te ondersteunen, inclusief de juridische sector (zie eveneens de recente aanpassing van art. 458 van het Strafwetboek) (17).

De zorgsector is – zoals het eGezondheidsplan en de Chronic Care-projecten van de overheid aangeven – vragende partij om een transparant communicatietraject (met behulp van het elektronisch medisch dossier (EMD)/elektronisch patiëntendossier (EPD) en het „personal health record” (PHR) van deze subpopulatie) verder te ontwikkelen door de artsen die de verslaving behandelen. Elke zorgverstrekker met een therapeutische relatie buiten het verslavingszorgtraject om zal deze gegevens kunnen opvragen.

Het eHealth-platform met al zijn tools is hiervoor ontworpen en garandeert de medico-legale en deontologische rechtszekerheid voor alle partijen (arts, patiënt en andere zorg- en welzijnsverstrekkers).

Uitwisselen van medische informatie in een team met therapeutische relaties

De eHealth-tools zijn, net zoals de evolutie van het eGezondheidsplan en het interministeriële protocolakkoord omtrent Chronic Care, reeds meermaals gecommuniceerd naar de zorgverstrekkers toe. Mooie woorden en uitspraken vanuit de overheid, ingevoerd vanuit de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en de buurlanden (Instituut Van Es, Nederland), beloven een ultiem en virtueel droombeeld van het toekomstige werkveld van elke zorgverstrekker en welzijnszorgmedewerker, zelfs in open overleg met het justitionele apparaat, dat op zich een deel van het behandelteam zou worden. De WHO definieert de performantiebeoordeling van gezondheidszorgsystemen als een proces specifiek voor elk land dat monitoring, evaluatie, communicatie en toetsing toelaat van de verwezenlijking van op gezondheidsstrategieën gebaseerde gezondheidsdoelstellingen van een hoog niveau (http://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/20151019_imc_plan_geintegreerde_zorg_chronisch_zieken.pdf).

Is dit echter wel zo en voornamelijk: wordt de patiënt – de verslaafde – er beter van? Wordt de zorgverstreker hierdoor beter beschermd op het gebied van zijn aansprakelijkheid in de implementatie van deze beleidsbeslissingen?

Hiervoor kan men zich baseren op de wetgeving omtrent het eHealth-platform (5, 18):

*„HOOFDSTUK 2: Doelstelling van het eHealth-platform
Art. 4. Het eHealth-platform heeft als doel om, door een onderlinge elektronische dienstverlening en informatie-uitwisseling tussen alle actoren in de gezondheidszorg, georganiseerd met de nodige waarborgen op het vlak van de informatieveiligheid en de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, **de kwaliteit en de continuïteit van de gezondheidszorgverstreking en de veiligheid van de patiënt te optimaliseren, de vereenvoudiging van de administratieve formaliteiten voor alle actoren in de gezondheidszorg te bevorderen en het gezondheidsbeleid te ondersteunen.**”*

Bespreking

In het raam van deze thesis is het opmerkelijk om te lezen dat een van de doelstellingen van de wetgeving omtrent het eHealth-platform expliciet vermeldt „de veiligheid van de patiënt te optimaliseren” en dat dit dan ook staat naast het verbeteren van enerzijds de kwaliteit en anderzijds de continuïteit van de gezondheidszorgverstreking. Hieruit volgt dat er grote investeringen worden voorzien door de wetgever aangezien er voor hen geen twijfel bestaat omtrent het nut van het uitwisselen van gezondheidsgegevens tussen de zorgverstrekkers. De reeds geciteerde bedroevende cijfers laten echter verstaan dat de concrete uitwerking van deze investering zich momenteel nog volop verder moet ontwikkelen in de gezondheidszorgsector (7). De uitwerking van al deze digitale eHealth-tools heeft vandaag nog implementatieproblemen. Wanneer deze weggewerkt zijn, zal de „bèta-eHealth” omgezet zijn tot een performant, veilig en stabiel instrument om de communicatie kwalitatief te verbeteren. Hierbij zullen de zorgverstrekkers voldoende praktijkgerichte informatie verkrijgen opdat de zorg beter gebaseerd kan worden op wetenschappelijke richtlijnen en dus veiliger kan verlopen. Hieruit volgt dat de kans groter wordt dat de aansprakelijkheid van de arts in verband met zijn zorgverstreking minder aangesproken zal worden en dus een betere bescherming zal bieden.

Besluit

Het eHealth-platform en de verschillende acties die de overheden momenteel ondernemen om de communicatie tussen zorgverstrekkers, welzijnszorg, justitie én patiënten te verbeteren, hebben zeker hieromtrent een grote beschermende waarde voor de arts-patiëntrelatie en de kwaliteit van de zorgverlening. Het gebruik van deze dienst zal nog verbeteren eenmaal een aantal technische problemen weggevoerd zullen zijn. Het Vlaamse decreet betreffende de organisatie van het netwerk voor de elektronische gegevensdeling omvat de beste garanties voor de zorg van toxicomanie in de nabije toekomst, met de meest vooruitstrevende informatieoverdracht naar de behandelende arts toe, onafhankelijk van zijn statuut (wachtarts, vervangende arts, enz.).

Het gemis aan deontologische omkadering omtrent schriftelijk goed omlinnde afspraken met de verslaafde patiënt betreffende zijn toestemming blijft een struikelblok in de reguliere sector om de zorg kwalitatief en optimaal te laten verlopen, wat voor deze doelgroep extra relevant en belangrijk is. Dankzij de inspanningen op het gebied van justitiële aanpak met ondersteuning van de ministeriële omzendbrieven wordt tegelijkertijd de zorgverstreking voor de behandelende artsen beter omkaderd ten voordele van hun aansprakelijkheid. De volgende generatie zorgverleners zal zeker de vruchten plukken van de opstart van deze trajecten.

Mededeling

Geen belangenconflict en geen financiële ondersteuning gemeld.

Abstract

Care administered by (general) physicians regarding patients with toxicomania (in Belgium): risks, consequences and possible solutions

The responsibility of the physician or prescriber for this subpopulation of patients is clearly under pressure and is increasingly being addressed in connection with his responsibility due to therapy-induced morbidity or mortality. As a result, a doctor will have to be responsible for a claim.

This article focuses on which bottlenecks include medical care, as well as the possible solutions that can be offered by means of eHealth tools in Belgium to make care as optimal as possible, with a better protection for the attending physician regarding complaints.

Literatuur

1. Nationale raad, Orde der artsen, Toxicomanie, uitgave van 16 januari 1988, nr. 40, p. 13 (document a040004).
2. Art. 3, § 3 van de wet van 24 februari 1921 betreffende het verhandelen van giftstoffen, slaapmiddelen en verdovende middelen, psychotrope stoffen, ontsmettingsstoffen en antiseptica en van de stoffen die gebruikt kunnen worden voor de illegale vervaardiging van verdovende middelen en psychotrope stoffen, BS van 16 maart 1921 („Drugwet”).
3. CHEVALIER P, DEBAUCHE M, DEREAU P, et al. Belgische Aanbevelingen Geneesmiddelenverslaving, Huisarts Nu 2011; 40: S101-S117.
4. SUMEHR. Beknpte medische dossiers delen: „Uw huisarts houdt van u een uitgebreid medisch dossier bij. Ook andere artsen bij wie u regelmatig komt, bijvoorbeeld een specialist, kunnen een dossier bijhouden. Met zijn computerprogramma kan uw arts van uw dossier een digitale samenvatting maken van de belangrijkste informatie (...). Dat heet een „sumehr” of „summarized electronic health record”. Uw arts kan die samenvatting dan delen via Vitalink met andere artsen.”
5. VANSWEEVELT T, DEWALLENS F. Rechten van de patiënten in het raam van eHealth, geïnformeerde toestemming. Handboek gezondheidsrecht volume II. Antwerpen: Intersentia, 2014.
6. DE RIDDER C. Aansprakelijkheid bij medische triage. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2016-2017: 6-28.
7. LIEVENS D, VANDER LAENEN F, VERHAEGHE N, et al. Economic consequences of legal and illegal drugs: the case of social costs in Belgium. Int J Drug Policy; 44: 50-57.
8. Cijfers van de Dienst Strafrechtelijk Beleid. Volgens de nationale gegevensbank van de federale politie was het aandeel feiten „verdovende middelen” 4,27% van het totale aantal geregistreerde feiten (993.417) in 2004. Sindsdien is er een stijging merkbaar van het aantal drugsfeiten. De vervolgstudie „Drugs in cijfers” schatte het aandeel van de totale overheidsuitgaven voor veiligheid op 167 miljoen euro. Hieraan gaat 138 miljoen euro naar het opsporingsniveau, 3,9 miljoen euro naar het vervolgingsniveau, 3,5 miljoen euro naar het straftoemingsniveau en bijna 20 miljoen euro naar de strafuitvoering (deze schatting werd gemaakt op basis van cijfergegevens van 2004, maar wordt momenteel geactualiseerd). Vanuit financieringsperspectief blijft preventie de sector waarvoor volgens dit onderzoek de minste overheidsuitgaven worden opgetekend, ondanks het algemeen aanvaarde idee dat het zwaartepunt van dit beleid zou moeten samenvallen met preventieactiviteiten.
9. Vlaamse regering. Bisconceptnota betreffende de verslavingszorg, 2016, p. 6.
10. CHRISTIAENS T. Folia Pharmacotherapeutica, september 2016, volume 43, nummer 8: 64-66.
11. OKIE S. A flood of opioids, a rising tide of deaths. N Engl J Med 2010; 363: 1981-1985.
12. SANDVIK R, SELBAEK G, KIRKEVOLD O, AARSLAND D, HUSEBO BS. Analgesic prescribing patterns in Norwegian nursing homes from 2000 to 2011: trend analyses of four data samples. Age Ageing 2016; 45: 54-60.
13. KB van 31 mei 1885 houdende goedkeuring der nieuwe onderrichtingen voor de geneesheren, de apothekers en de drogisten, BS van 1 september 1885.
14. KB van 6 september 2017 houdende regeling van verdovende middelen en psychotrope stoffen, BS van 26 september 2017.
15. Raad van State, afdeling wetgeving. Advies 61.002/3 van 3 april 2017 over een ontwerp van het KB houdende de regeling van verdovende middelen en psychotrope stoffen.
16. Verordening (EU) 2016/679 van het Europees parlement en de Raad betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens en tot intrekking van Richtlijn 95/46/EG, 27 april 2016.
17. Art. 313 van de wet van 6 juli 2017 houdende de vereenvoudiging, harmonisering, informatisering en modernisering van bepalingen van burgerlijk recht en burgerlijk procesrecht, alsook van het notariaat, en houdende diverse bepalingen inzake justitie. Titel 19: wijzigingen van het Strafwetboek inzake het meedelen van geheimen: art. 458ter, § 1. Er is geen misdrijf wanneer iemand die uit hoofde van zijn staat of beroep houder is van geheimen, deze meedeelt in het kader van een overleg dat wordt georganiseerd, hetzij bij of krachtens een wet, decreet of ordonnantie, hetzij bij een met redenen omklede toestemming van de procureur des Konings. Dit overleg kan uitsluitend worden georganiseerd hetzij met het oog op de bescherming van de fysieke en de psychische integriteit van de persoon of van derden, hetzij ter voorkoming van de misdrijven bedoeld in Titel I ter van Boek II of van de misdrijven gepleegd in het raam van een criminele organisatie, zoals bepaald in artikel 324bis. De in het eerste lid bedoelde wet, decreet of ordonnantie, of de met redenen omklede toestemming van de procureur des Konings bepalen ten minste wie aan het overleg kan deelnemen, met welke finaliteit en volgens welke modaliteiten het overleg zal plaatsvinden. § 2. De deelnemers zijn tot geheimhouding verplicht wat betreft de tijdens het overleg meegedeelde geheimen. Eenieder die dit geheim schendt, wordt gestraft met de straffen bepaald in artikel 458. De geheimen die tijdens dit overleg worden meegedeeld, kunnen slechts aanleiding geven tot de strafrechtelijke vervolging van de misdrijven waarvoor het overleg werd georganiseerd.
18. Wet van 21 augustus 2008 houdende de oprichting en organisatie van het eHealth-platform en diverse bepalingen, BS van 23 oktober 2008.